

## 喀痰吸引等研修 実地研修実施報告書

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 会長 様

施設名 特別養護老人ホーム〇〇

施設長名 〇〇 〇〇〇

下記のとおり、喀痰吸引等研修の実地研修を実施しましたので報告します。

## 1. 受講者

| 受講番号    | 受講者氏名 |
|---------|-------|
| RO-〇〇〇〇 | 老施 協子 |

## 2. 実地研修の実施結果

実地研修実施期間: RO 年 10 月 1 日 ~ R□ 年 3 月 31 日

|                  |  |
|------------------|--|
| 選択した研修類型(どちらかに○) | 1号研修 <input type="radio"/> 2号研修 <input checked="" type="radio"/> |
|------------------|--|

| 実施行為                             | 行為の種類                 | 実施回数 | 成功回数 | 成功率  | 最終3回成功確認              | 備考 |
|----------------------------------|-----------------------|------|------|------|-----------------------|----|
| <input checked="" type="radio"/> | 口腔内のたんの吸引             | 回    | 回    | %    |                       | 免除 |
| <input checked="" type="radio"/> | 鼻腔内のたんの吸引             | 20 回 | 18 回 | 90 % | <input type="radio"/> |    |
|                                  | 気管カニューレ内のたんの吸引        | 回    | 回    | %    |                       |    |
| <input checked="" type="radio"/> | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(滴下)  | 20 回 | 19 回 | 95 % | <input type="radio"/> |    |
|                                  | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(半固形) | 回    | 回    | %    |                       |    |
|                                  | 経鼻経管栄養                | 回    | 回    | %    |                       |    |

①実地研修を行った行為のみ実施結果を記入してください。

②各行為の規程実施回数は、口腔内の吸引は10回以上、それ以外は全て20回以上となります。

③評価表を確認し、「最終3回の成功確認」欄に○印をつけてください。70%以上かつ、最終3回の成功で合格となります。

④口腔内吸引については、平成22年度から特別養護老人ホームにおいて実施の14時間の講習を受講された方は免除となります。備考欄に「免除」と記入してください。

## 3. 指導に関わった指導看護師

※印鑑は認印をお願いします。(シャチハタ不可)

| 指導看護師(記名・捺印) | 指導看護師(記名・捺印) |
|--------------|--------------|
| 山形 花代        | 銀河 星美        |
| 東北 東子        |              |
|              |              |
|              |              |
|              |              |

## 4. 指導者評価票 別紙のとおり